Nr. 8 (38) Warszawa, Grudzień 1930 r. Rok V.

PRZEGLĄD AKUSZERYJNY

MIESIĘCZNIK

ORGAN ZWIĄZKU AKUSZEREK RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

ZWIĄZEK JEST CZŁONKIEM MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU AKUSZEREK.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA: WARSZAWA, HOŻA 56 m. 9. Telef. 416-56.
czynna od 5 1/2 — 7 1/2 po poł. Konto w P. K. O. 124-10.

Prenumerata w Warszawie kwartalnie zł. 1.50, na prowincji 2 zł. Numer pojed. 60 gr.
Miesięczna składka członkowska zł. 2. Wpisowe jednorazowo 5 złotych.

Sposoby badania położniczego.

Podał doc. dr. med. H. Beck.

Badanie wewnętrzne powinno być stosowane jak najrzadziej i tylko w razie istotnego wskazania. Im więcej wprawy posiada lekarz w badaniu zewnętrznem, tem rzadziej bada swoje pacjentki wewnętrznie.

Badanie wewnętrzne zastąpić można badaniem przez odbytnicę. Badanie to, przy którem palec wskazujący osłonięty gumową pochewką zostaje wprowadzony do odbytnicy i przez przednią jej ścianę wyczuć ma stosunki położnicze w kanale rodnym, posiada dla praktyka duże znaczenie. Pozwala ono bowiem na wielokrotne powtórzenie badania bez uszczerbku dla pacjentki i jest o tyle wygodne, że nie wymaga przygotowania rąk badających. Może jednak przynieść korzyść tylko temu badającemu, który to badanie opanował. Wyczucie bowiem, nawet takich szczegółów jak szwy i ciemiona główki płodu przez osłaniającą warstwę gumową i ścianę odbytnicy i pochwy wymaga pewnej wprawy.

Na koniec dla pamięci podać należy.

1) *obliczenie terminu porodu*: dzień porodu = pierwszy dzień ostatniej prawidłowej miesiączki odliczyć 3 miesiące kalendarzowe, dodać 7 dni.

2) *oznaczenie wieku ciąży*:

ciąża czterotygodniowa (1 miesiąc) macica nieco powiększona;
„ ośmiotygodniowa (II miesiąc) macica wielkości pomarańczy;

ciąża dwunastotygodniowa (III miesiąc) dno macicy sięga górnej krawędzi spojenia łonowego:

„ szesnastotygodniowa (IV miesiąc) dno macicy w połowie odległości między pępkiem a spojeniem;

„ dwudziestotygodniowa (V miesiąc) dno macicy na 3 palce pod pępkiem;

„ dwudziestoczterotygodniowa (VI miesiąc) macica dnem sięga do pępka;

„ dwudziestoośmiotygodniowa (VII miesiąc) dno macicy na wysokości 2—3 palców nad pępkiem;

„ trzydziestodwutygodniowa (VIII miesiąc) dno macicy w połowie odległości od pępka do wyrostka mieczykowatego, nie daje się objąć;

„ trzydziestosześciotygodniowa (IX miesiąc) dno macicy siega łuku żebrowego;

„ czterdziestotygodniowa (X miesiąc) macica jak w VIII miesiącu, dno daje się objąć.

3) *Różnice między pierwiastką a wieloródką.*

Pierwiastka.

1. Świeże rozstępy,
2. jędrne powłoki brzucha i kształt brzucha owalny,
3. wysokie nieuszkodzone krocze,
4. wędzidełko utrzymane, błona dziewicza przerwana,
5. wargi sromowe stykające się,
6. ściany pochwy jędrne, ledwie widoczne od strony przedsionka,
7. *columnae rugarum* dobrze wykształcone,
8. część pochwowa stożkowata,
9. ujście zewnętrzne okrągłe, zamknięte,
10. część przodująca płodu ustalona na 4—6 tygodni przed porodem.
11. sutki jędrne na szerokiej podstawie.

Wieloródka.

1. świeże rozstępy i blizny po rozstępach,
2. wiotkie powłoki brzucha, kształt brzucha okrągły rozstęp mięśni prostych,
3. krocze często zbliznowaciałe,
4. wędzidełko często przerwane, *carunculae myrtiformes*, żylaki,
5. srom ziejący,
6. ściany pochwy wiotkie, nierzadko obniżone.

7. *columnae rugarum* wygładzone,
8. część pochwowa mięsista, walcowata,
9. ujście zewnętrzne poprzecznie rozdziawione z wrębami, przepuszcza palec.
10. część przodująca płodu ustala się z początkiem porodu,
11. sutki na wąskiej podstawie.

Objawy rozpoczynającego się porodu:

Bóle porodowe o cechach: 1) okresowość, 2) powolne narastanie, szybsze opadanie bólu, 3) stawianie się macicy, 4) niezależność od woli, 5) niemożność powstrzymania, 6) podmiotowo odczuwane jako bóle opasujące, 7) wywoływanie postępu porodowego.

W drugim okresie porodu działalność tłoczni brzusznej.

Stwierdzenie postępu porodowego: 1) obniżenie się części przodującej, 2) podnoszenie się pierścienia skurczowego ku górze, 3) wzmożenie się wydzieliny śluzowej u narządu rodnego (u pierwiastek z domieszką krwi), 4) skracanie się części pochwowej lub jej zanikanie, 5) rozwieranie się ujścia.

Specjalne metody badania.

Rozpoznanie ciąży metodą Abderhaldena.

Metoda ta polega na zasadzie zdolności trawienia dostarczonego pozajelitowo białka, przez fermenty, wytwarzające się we krwi. Fermenty te rozkładają doprowadzone białko na pojedyńcze chemiczne składniki, z pośród których najważniejsze są kwasy aminowe, jako najprostsze ciała białkowate. Posiadają one zdolność przechodzenia przez błony dializacyjne i skręcania powierzchni polaryzacyjnej światła.

Podczas ciąży odrywają się komórki łożyskowe a dostawszy się do krwi matki zostają strawione przez fermenty. Przez cały czas ciąży znajdują się w krwi matki przeto fermenty trawiące tkankę łożyskową.

Na powyższem zjawisku polega stwierdzania ciąży.

I. Metoda optyczna: 2 cm^3 surowicy miesza się z 1 cm^3 10%-ego roztworu peptonu łożyskowego. Mieszanina ta skręca w polarymetrze światło więcej niż o 0.04^0, o ile surowica użyta pochodzi od osoby ciężarnej.

II. Metoda polega na odczynie ninhydrynowym, wykonywanym z tkanką łożyskową dokładnie wypłukaną ze krwi.

Rozpoznanie ciąży z pomocą prześwietlenia promieniami Roentgena.

Sposób prosty, polegający na wykazaniu cienia kośćca płodu. W zaawansowanej ciąży pewny i nietrudny. We wczesnej ciąży dość wątpliwy, jakkolwiek z daniem niektórych rentgenologów (Edling Meisels) istnieje możliwość rozpoznania ciąży nawet w drugim miesiącu.

(Zbyt częste prześwietlanie może uszkodzić płód i matkę).

Rozpoznanie ciąży sposobem biologicznym.

Sposób ten podany przez Zondek'a i Aschheim'a polega na zjawieniu się w moczu osoby ciężarnej pewnych ciał, prawdopodobnie istoty hormonalnej, które wywołują u myszek białych niedojrzałych płciowo daleko idące zmiany w narządzie rodnym.

Metoda: wstrzykuje się 6-io gramowej myszce żeńskiej 0.2—0.4 cm^3 badanego moczu pod skórę trzykrotnie. Po 100 godzinach myszkę zabija się i sekcjonuje. O ile osoba, od której mocz pochodzi, jest w ciąży, stwierdza się znaczne powiększenie mysich jajników, wybroczyny krwawe w jajnikach i luteinizację. Próba wypada dodatnio nawet w pierwszych tygodniach ciąży.

„G Ó R K A".

Kolonja lecznicza dziecięca im. dr. med. rektora J. Brudzińskiego przy zdroju w Busku.

Geneza:

W sierpniu 1918 r., w zaraniu odradzającej się wolności Polski, rzucona została przez Dr. Szymona Starkiewicza odezwa do Społeczeństwa, inicjująca, w imię hasła „ratujmy dzieci polskie", — stworzenie uzdrowiska dziecięcego, wydarcia dzieci polskich z nor i suteryn miast, — na słońce, na wieś, w dobre warunki klimatyczne, dania dziecku opieki lekarskiej, powietrza odżywiania dobrego.

W lecie 1920 r. rozpoczęto kolonję sezonową dziecięcą dla 60-ga dzieci skrofulicznych z Dąbrowy Górniczej i jednocześnie rozpoczęto budowę sanatorjum dziecięcego. Zainteresowano Stowarzyszenia społeczne i humanitarne, Rząd, Sejmiki, Magistraty miast, potem Kasy Chorych, utworzono Stowarzyszenie pod obecną nazwą i poprzez lata niezwykłego trudu, ofiarnej pracy, wysiłków i ciężkiego znoju, doprowadzono do stworzenia wielkiego uzdrowiska jednego z pierwszych

w Polsce, urządzonego nowocześnie, zaopatrzonego w najnowsze zdobycze techniki.

Sanatorjum:

Wybudowane w 1927 r.; w zimie tegoż roku leczono już 30 dzieci, stopniowo powiększając ilość dzieci, przy jedncczesnem wykańczaniu ostatecznem budynku. Dziś Sanatorjum jest już wykończone, pojemności 200 chorych dzieci, dla leczenia całorocznego, z gabinetem Roentgena, oddziałem ortopedyczno-chirurgicznym, djatermią, lampami kwarcowemi, pracownią kliniczną, łazienkami do kąpieli siarczanych i higjenicznych, natryskami, centralnem ogrzewaniem, wodociągami i kanalizacją, elektrycznem oświetleniem, pralnią mechaniczną i t. p. Sanatorjum mieści się w specjalnym gmachu dwupiętrowym, murowanym, z prześlicznemi wielkiemi salami, hoolami, pełne światła i słońca.

Rodzaje schorzeń i leczenie:

Do Sanatorjum. przyjmowane są dzieci od 4 do 14 lat, obojga płci, chore na gruźlicę pozapłucną, t. zw. chirurgiczną, kości, stawów gruczołów, skóry, krzywicę, reumatyzm, anemje, wadliwe przemiany materji, przymiot wrodzony, zniekształcenie kośćca i inne przewlekłe choroby wieku dziecięcego. Dzieci z chorobami zakaźnemi i udzielającemi się nie są przyjmowane.

Dzieci takie już po 3 — 6 miesiącach dałyby się często doprowadzić do kwitnącego nawet stanu zdrowia, o ile chorobą nie jest już nazbyt zaawansowana.

Dla dzieci obłożnie chorych, np. z gruźlicą kostną, stawową i inn., mogących się jednak uczyć, które muszą pozostawać na Górce do zupełnego wyleczenia 1 — 3 lata — zapoczątkowana już została szkoła z programem 7-miu klas szkoły powszechnej, oraz szkoła rzemiosł lekkich i warsztatów pracy.

Okres leczenia: w Sanatorjum dzieci do długiej kuracji (schorzenia cięższe): w półsanatorjum 3 miesiące, w Kolonji sezonowej minimum 6 tygodni.

Leczenie kąpielami siarczano-słonemi, mułowemi, okładami, kąpielami słonecznemi, naświetlaniem, werendowaniem, racjonalnem odżywianiem (system prof. Pirqueta).

Opłaty:

Opłaty za całkowite leczenie, zabiegi wszelkie do chirurgicznych włącznie, pełne utrzymanie, opiekę lekarsko-pielegniarską, wychowawczą, wraz z nauką w sanatoreum — zł. 10 dziennie (ulgowe zł. 8 dzienie), w Półsanatorjum zł. 8 dziennie (ulgowe zł. 6.25), w Kolonjach sezonowych zł. 6.25 (ulgowe 4.50), w Kolonji morskiej zł. 5.

Zagadnienia.

Ciągle słyszy się narzekanie na brak praktyki, na małe zarobki, na trudność zdobycia środków utrzymania.

Rozpatrując krytycznie te biadania, widzimy pewną prawdopodobną na nie radę.

Narzekające koleżanki nie chcą ruszyć się ze swego mieszkania pomimo, że w sąsiedztwie i na tej samej ulicy mieszka sporo innych pań położnych.

Wystarczy rozejrzeć się w rozmieszczeniu pań położnych, bodaj w samej Warszawie, aby dojść do wniosku, że obecne rozmieszczenie najzupełniej nie odpowiada potrzebie niesienia pomocy położniczej.

Na Lesznie, Ogrodowej, Chłodnej, Pańskiej, Złotej, Żelaznej mieszka powyżej 20 akuszerek na każdej ulicy; czy one mogą mieć dostateczną ilość pacjentek w swem najbliższem sąsiedztwie? Za to na peryferjach Warszawy uczuwa się ich dotkliwy brak.

Na tak zaludnionym Żoliborzu jest tylko jedna, co więc dziwnego, że zamieszkałe tam uczestniczki Kasy Chorych lub należące do pomocy państwowej rodzą w zakładach i wolą wyrzec się niezbędnej nieraz pomocy, niż udawać się po nią do środka miasta.

Nie w lepszem położeniu niż Żolibórz są wszystkie kolonje. Dla braku dyplomowanych akuszerek grasują tam babki i te na biedę nie narzekają.

Osiedlenie się na kolonjach ułatwiają w znacznym stopniu kooperatywy budowlane, które w stawianych domach wynajmują mieszkania bez odstępnego i za cenę nie przekraczającą śródmiejskich.

Warto zastanowić się, czy biedować w śródmieściu, czy zmienić mieszkanie.

Streszczenia.

Schumacher. **Mechanizm porodowy w przypadkach miednic ścieśnionych (miednica poprzecznie ścieśniona).**

W przypadkach miednic poprzecznie ścieśnionych główka układa się szwem strzałkowym w wymiar prosty wchodu, jako najdłuższy i w ten sposób wstępuje w niższe płaszczyzny miednicy. Jeżeli wymiary dolnych płaszczyzn miednicy są mniejsze, aniżeli wymiar ciemieniowy główki, wtedy główka ustawia się w położeniu czaszkowem średniem, lub też powstaje położenie ciemiączkowe. W tych warunkach poród odbywać się może w dwojaki sposób. Albo wychód miednicy ulega rozszerzeniu, co jest rzeczą dość częstą, lub też główka ulega odpowiedniej konfiguracji. W czasie wytaczania się główki wielką rolę gra zwężenie i ustawienie łuku łonowego pod ostrym kątem. Podstawa miednicy i krocze ulegają wtedy silnemu napięciu, a w następstwie pęknięciu.

Miednice osób garbatych okazują wyraźne skrócenie również prostego wymiaru wychodu. W czasie wytaczania się główka może pokonać istniejący opór jedynie wtedy, jeżeli ulegnie bardzo silnemu zgięciu.

Jeżeli główka we wchodzie ustawi się ciemieniem małem ku tyłowi, to w przypadkach znaczniejszego ścieśnienia miednicy w czasie przechodzenia przez miednicę nie może już dokonać zwrotu ciemienia małego do przodu i odpowiednio do tego główka rodzi się w położeniu ciemieniowem lub czaszkowem tylnem. Jeżeli główka wstąpi do miednicy w położeniu ciemieniowem tylnem, a ciśnienie miednicy jest znaczne, wtedy położenie to jeszcze wybitniej się zaznacza, zwłaszcza jeśli kości łonowe tworzą kąt ostry. Wyjątkowo może poród odbyć się siłami natury i w tym mechanizmie.

Jeżeli u osób garbatych wyrównawcze wygięcie kręgosłupa w części lędźwiowej jest znaczne, to wchód miednicy zostanie tak nakryty, że wstąpienie główki do miednicy jest niemożliwe. Jeżeli jednak kręgi lędźwiowe wyginają się niezbyt silnie ku przodowi, to istnieć może tylko nieznaczny niestosunek porodowy, a wtedy poród siłami natury jest możliwy dlatego, że kręgosłup płodu w części szyjnej wygina się silnie na bok, co umożliwia wstąpienie główki do miednicy kością boczną przednią.

Archiv f. Gyn., t. 130, z. 3.

Kreis. **Znaczenie pęcherza płodowego w czasie porodu, szczególniej w przypadkach nieustalania się główki wobec jednoczesnego niestosunku porodowego lub bez niego.**

Opierając się na badaniach klinicznych i pracach szkoły strasburskiej, autor twierdzi, że pęcherz płodowy nie działa jak klin na ujście zewnętrzne macicy, rozwarcie ujścia jest zależne od skurczów macicy. Ciśnienie hidrostatyczne nie jest konieczne do wydalenia płodu, przeciwnie, w początku porodu w przypadkach nieustalonej główki jest ono przeszkodą dla ustalenia się części przodującej, tak w miednicy prawidłowej, jak i względnie ścieśnionej. Przedwczesne odejście wód płodowych nie wpływa ani na rozwieranie się ujścia, ani na przedłużanie się porodu, ani też na zakażenie rodzącej.

Wobec powyższego autor podaje następujące wskazania do przebicia pęcherza: nieregularne bóle porodowe o typie skurczowym, kiedy środki przeciwkurczowe nie mogły wpłynąć na zmianę rytmu bólów; nieustalająca się główka pomimo braku niestosunku porodowego; nieustalona główka wobec miednicy względnie ścieśnionej, o ile położnik stwierdzi, że poród *per vias naturales* może się odbyć. Przebijać pęcherz należy cienkim zgłębnikiem, tuż pod przednią wargę, aby uniknąć zbyt gwałtownego odpłynięcia wód płodowych.

Gynécologie et Obstétrique, t. 17, z. 5.

Horrenberger (Strasburg). **Skurcz spastyczny szyjki podczas porodu.**

Jako przyczynę tej dość często występującej przeszkody porodowej uważa autor nadmierną pobudliwość macicy w okolicach, ulegających skurczeniu. Momentem, wyzwalającym skurcz, może być jakikolwiek uraz, jak np. przedwczesne odejście wód płodowych, ściągnięcie nóżki, wydobycie płodu i t. p. Następstwem tego skurczenia szyjki jest nadmierne przedłużanie się porodu, szczególniej w tych przypadkach, w których brak niestosunku porodowego pomiędzy główką a miednicą. Pod wpływem środków przeciwskurczowych—skurcz ujścia zewnętrznego zwykle ustępuje, natomiast na skurcz ujścia wewnętrznęgo działa zazwyczaj dopiero, znieczulenie ogólne.

Gynécologie et Obstétrique, t. 17, z. 5.

Coben Wallker (Getynga). **Przypadek pęknięcia macicy wskutek zabiegu Crédégo.**

Przypadek ten dotyczył wieloródki, która po pierwszym porodzie wysoko gorączkowała. Drugi poród odbyła przedwcześnie (w 8-ym

mies.). Po przyjęciu do klinlki na trzeci poród stwierdzono położenie czaszkowe I. Okolica dna macicy była przy omacywaniu bolesna. Bóle o miernem nasileniu. Czas trwania I i II okresu porodowego $9^1/_2$ godziny. W $^1/_2$ godziny po urodzeniu dziecka wystąpił silny krwotok, wobe czego wykonano zabieg Crédégo, jednakże bez efektu. Chcąc zapobiec dalszemu krwawieniu, wstrzyknięto podskórnie 1 cm hipofizyny. Po kwadrasie usiłowano powtórnie wygnieść łożysko; również bez wyniku. Wystąpiło natomiast krwawienie, mimo, że macica była dobrze skurczona. Założono naciskadło Haselhorsta na tętnicę brzuszną i wykonano zabieg Crédégo w głębokiem uśpieniu; znów bez wyniku. Przystąpiono do ręcznego wydobycia łożyska. Stwierdzono przytem w okolicy ujścia lewej trąbki otwór, przepuszczający 2 palce, przez który część łożyska wraz z pępowiną wstąpiły do jamy brzusznej. Pociągając, sprowadzoną wspomnianą część do jamy macicy, poczem łożysko dało się z łatwością usunąć. Nie przerywając uśpienia, wykonano natychmiast nadpochwowe odcięcie macicy.

Badanie drobnowidowe skrawka z okolicy miejsca pęknięcia wykazało przewlekłe zmiany zapalne i znaczne ścieńczenie ściany macicy. Usadowienie się łożyska w rogu macicy należy również uważać za moment usposabiający.

Couvelaire A. Portes L. Digonnet L. (Klinika Baudelocque'a—Paryż). **Późne krwawienia w połogu; wskazania do leczenia w tych przypadkach natychmiastowem wycięciem macicy.**

We wstępie swego artykułu autorzy stwierdzają konieczność rewizji dotychczasowego stanowiska położników w sprawie leczenia krwawień w połogu. Przyjmowano dotychczas, że krwawienie w połogu wywołane bywa przez pozostanie w macicy większych lub mniejszych resztek jaja płodowego po porodzie; usunięcie ich ręką lub łyżeczką winno w miarę konieczności sprawę załatwić.

Tymczasem okazuje się, iż krwawienia w połogu bynajmniej niezawsze są skutkiem zatrzymania resztek jaja płodowego: na 20 przyp., obserwowanych w klinice Boudelocque'a, zaledwie w 11-u były resztki po porodzie, w 9 zaś macica była zupełnie pusta.

Pierwszorzędnej wagi sprawą w omawianem schorzeniu jest nie utrata krwi, ale niebezpieczeństwo zakażenia. Połączenie obu tych

stanów daje obraz ciężkiej postaci krwotocznego zakażenia połogowego.

Wszelki zabieg wewnątrz maciczny (naprz. skrobanie) zdolny jest wywołać ciężkie pogorszenie sprawy, dające w skutku zakażenie ogólne.

Przypadki, obserwowane w klinice Baudelocque'a, autorzy dzielą na 3 grupy:

1) Nie wykonano żadnego zabiegu wewnątrz macicznego — przypadków 5 — śmiertelność 0.

2) Wykonano skrobanie, bądź ręczne usunięcie pozostałych resztek — 10 przyp.; zejść śmiertelnych — 5. Z tych 10-u przypadków w 7-u stwierdzono resztki łożyska: wyleczeń z tego 3, w czem jedno obustronne zapalenie żył. W pozostałych trzech macica była zupełnie pusta; 1 wyleczenie; 1 zmarła z powodu powtórnego zakażenia; 1 zmarła z powodu zakażenia ogólnego.

3) Natychmiastowe wycięcie macicy z powodu powtarzających się krwawień, bądź z powodu stwierdzenia zraza łożyskowego, przyrośniętego w macicy: przypadków 5, — zejście śmiertelne — 1.

W tej sprawie 2 przypadki nie wykazały obecności resztek łożyska, z nich jeden zakończył się zajściem śmiertelnem, w pozostałych 3-ch stwierdzono obecność resztek łożyska; wszystkie 3 zakończyły się pomyślnie.

Na zasadzie powyższego autorzy wyciągają następujące wnioski: Badanie wewnątrz maciczne w połogu po porodzie donoszonym lub przedwczesnym wykonywać można tylko wyjątkowo, z największą ostrożnością i to tylko, o ile szyjka jest drożna dla badającego palca.

Zrazy łożyska, stwierdzone w szyjce lub pochwie można usunąć; o ile łatwe i ostrożne badanie wnętrza macicy stwierdzi tam odklejony zraz, można go również usunąć zabiegiem wewnątrz macicznym.

Natomiast jeśli w tych samych warunkach stwierdzi się zraz przyrośnięty, należy natychmiast przystąpić do wycięcia macicy bez dokonywania prób wydobycia wspomnianych resztek łyżką lub palcem.

Jeżeli badanie wnętrza macicy nie wykazuje żadnych resztek łożyska, należy chorą tylko obserwować i, o ile podniesienia ciepłoty, które zazwyczaj występują po badaniu, nie uspokoją się w przeciągu 48-iu godzin, albo o ile wystąpi nowe krwawienie, należy wyciąć macicę niezwłocznie.

Reasumując, autorzy są stronnikami albo postępowania ściśle zachowawczego, albo radykalnie operacyjnego — wycięcia macicy. Są oni natomiast przeciwnikami skrobania lub ręcznego wydobywania resztek łożyska.

Gynécologie et Obstétrique, t. 18, n. 5.

Sztuczna bezpłodność bez operacji

Austryjacki prof. Haberlandt, znany fizjolog, wygłosił obecnie na zjeździe wiedeńskim seksuologów odczyt, w którym oświadczył, że udało mu się stworzyć pewien preparat, dzięki któremu można spowodować wielomiesięczną bezpłodność kobiety. Pastylki tego preparatu, wypróbowane wielokrotnie podczas doświadczeń ze zwierzętami, są podobno zupełnie dla organizmu ludzkiego nieszkodliwe.

DZIAŁ OFIAR

P. P. M. Radziszewska i J. Juchniewicz z Warszawy złożyły po 5 zł. na Sanatorjum dla położnych.

Oddział Związku Akuszerek Rz. Pol. w Wysokiem Mazow. przesłał za naszem pośrednictwem 10 zł. dla P. Gewekowej — 75-letniej położnej z Białegostoku.

Dnia 4-go stycznia 1931 r., o godz. 5 ppoł. w Sali Pracowników Miejskich przy ul. Krakowskie-Przedmieście № 1, odbędzie się

Choinka dla dzieci z upominkami.

Cena biletu wejścia dla dzieci — 50 gr., dla dorosłych — 1 złoty.

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku zasyła Szanownym Koleżankom i Czytelniczkom Serdeczne Życzenia.

REDAKCJA.

Związek jest organizacją bezpartyjną i działa samodzielnie, kierując się zasadami interesów zawodowych członkiń Związku.

Celem Związku jest:

ochrona interesów materjalnych, moralnych i prawnych.

popieranie wszelkich, zgodnych z prawem usiłowań, zdążających do poprawy stosunków pracy i płacy członkiń Związku.

podniesienie poziomu etycznego, umysłowo-kulturalnego i szerzenie wiedzy akuszeryjnej.

Warunki należenia do Związku:

Członkinią Związku może być każda akuszerka uprawniona do praktyki na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Składka członkowska 2 złote miesięcznie, przy jednorazowem wpisowem 5 złotych.

Cena ogłozeń: 1/1 str. II, III okładk. 100 zł., 1/1 str. IV 150, 1/2 str. 75, 1/4 str. 35, 1/3 str. 40
Redaktor odpowiedzialny: K. Dąbrowska-Marendowska.
Wydawca: Związek Akuszerek Rzeczypospolitej Polskiej.
Zakłady Graficzne B. Pardecki i s-ka z o. o Warszawa, Żelazna 56, tel. 322-00 i 516-73



KALENDARZYK ZEBRAŃ

W styczniu 1931 roku odbędą się następujące zebrania w sali Towarzystwa Eugenicznego (Nowy-Świat 1):

dnia 13 (wtorek) o godzinie 20-ej odczyt dr. **L. Wernica**

Jak leczyć kiłową matkę w ciąży i dziecko

Dnia 20 (wtorek) o godz. 20-ej wykład dr. **St. Martyńskiego.**

Dnia 27 (wtorek) o godzinie 18.30

WALNE ZEBRANIE

Warszawskiego Oddziału Związku Akuszerek Rzeczypospolitej Polskiej

Po zebraniu wykład **St. Martyńskiego.**

Zakł. Graf. B. Pardecki i S-ka z o. o., Warszawa, Żelazna 56, tel. 322-00.